



WEBINAIRE



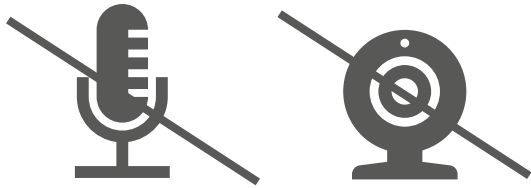
Accompagnement des patients adultes traités par analogues du GLP-1

Jeudi 15 octobre 2026
De 14h à 15h



Destiné aux acteur.rices impliqué.es dans le parcours de soin des personnes vivant avec un diabète

Modalités du webinaire



- Ouvrir l'onglet  :  
- Le webinaire sera enregistré et disponible en replay dans les jours prochains sur www.diabeteoccitanie.org et sur notre chaîne YouTube.
- Pour tout problème technique : **Anne BROZZETTI** au **06.89.38.41.27**

ADHÉSIONS 2026 à Diabète Occitanie

c'est parti !



REJOIGNEZ-NOUS

et soutenez notre association



Tous acteurs face au Diabète

Cliquez
[ICI](#)



Déroulement du webinaire

1 Quelques rappels : molécules, mode d'action et effets

2 La réglementation : Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), HAS et remboursement

3 L'accompagnement :

De la perte pondérale

Des effets indésirables

À long terme (arrêt ou poursuite)

QUESTIONS RÉPONSES

QUESTIONS RÉPONSES

QUESTIONS RÉPONSES

Présentation de l'intervenante



Dr Ana Estrade

Médecin diabétologue au CHU de Toulouse
Coordinatrice médicale du Centre Spécialisé
Obésité (CSO) Occitanie Ouest

Déclaration de liens d'intérêt :

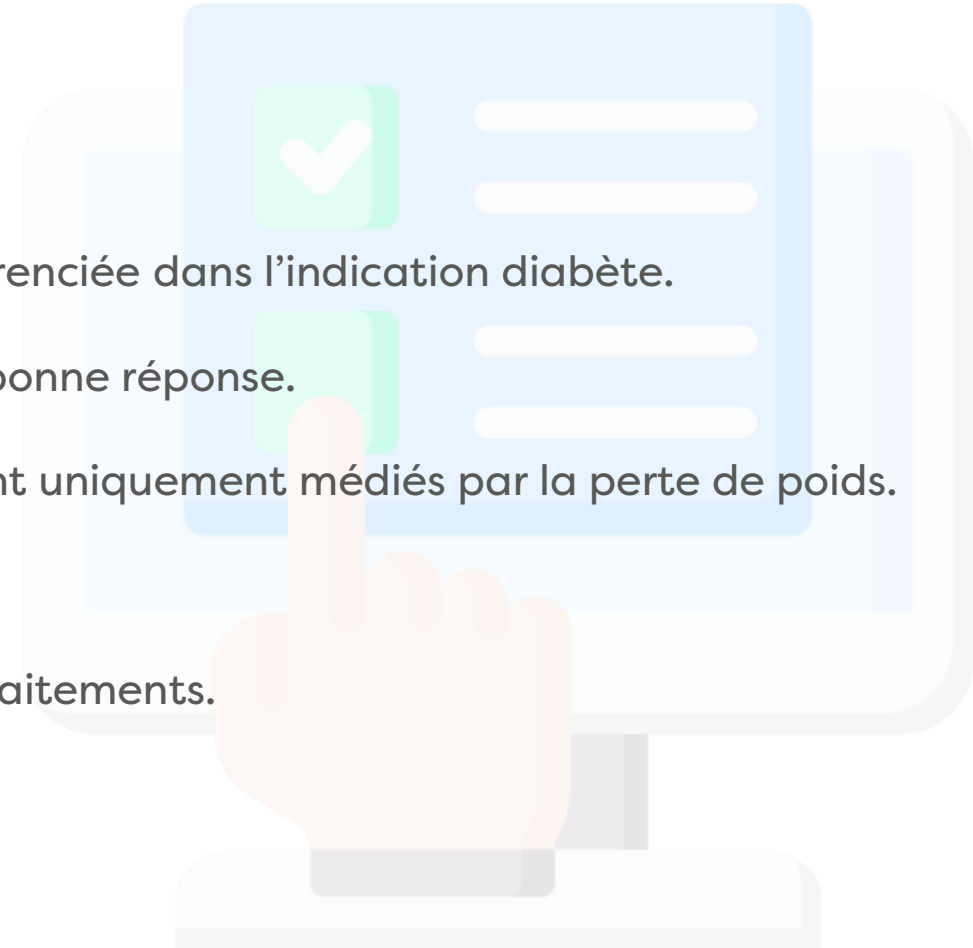
Novo Nordisk, Lilly, Sanofy

PARTIE 1
Quelques rappels :
molécules, mode d'action et effets

? Quiz

Cochez la ou les affirmation(s) exacte(s) selon vous.

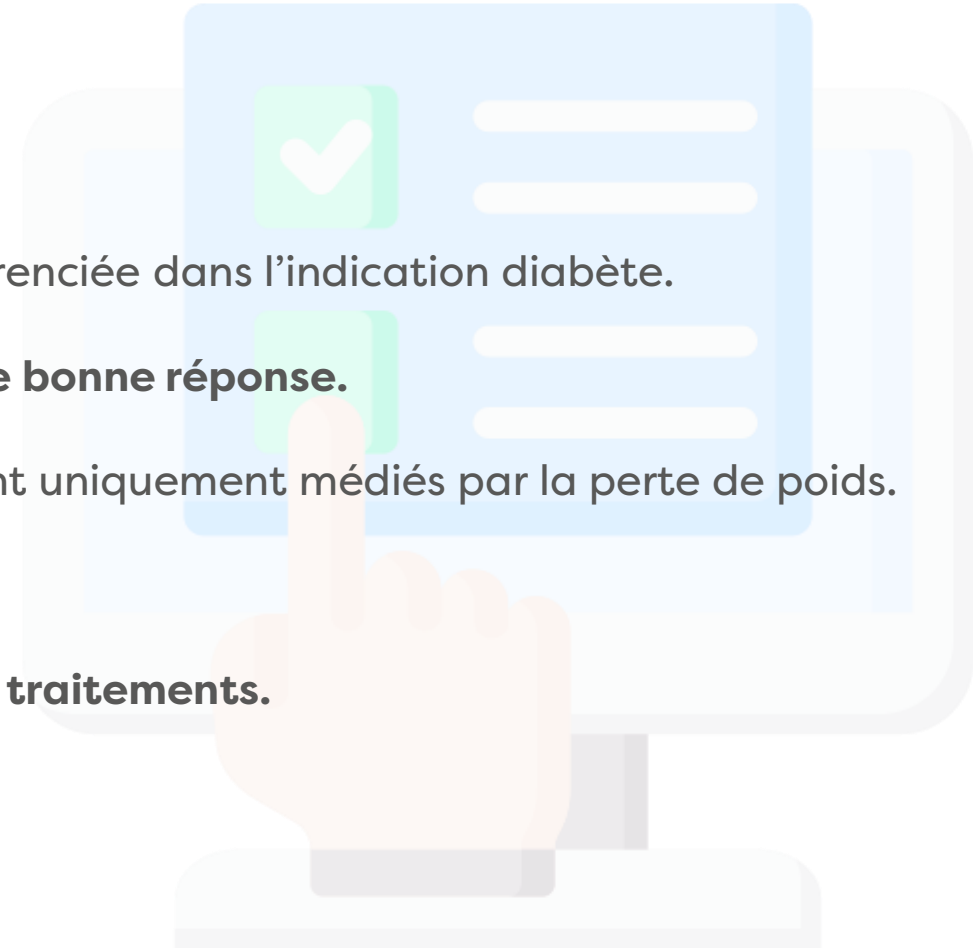
- ☐ 1/ Ozempic et Wegovy peuvent être utilisés de manière indifférenciée dans l'indication diabète.
- ☐ 2/ La perte de poids initiale rapide est un facteur prédictif de bonne réponse.
- ☐ 3/ Les effets bénéfiques extra-pondéraux de ces molécules sont uniquement médiés par la perte de poids.
- ☐ 4/ Les femmes perdent moins de poids avec ces traitements.
- ☐ 5/ Les patients diabétiques perdent moins de poids avec ces traitements.



 Quiz

Cochez la ou les affirmation(s) exacte(s) selon vous.

- ☐ 1/ Ozempic et Wegovy peuvent être utilisés de manière indifférenciée dans l'indication diabète.
-  **2/ La perte de poids initiale rapide est un facteur prédictif de bonne réponse.**
- ☐ 3/ Les effets bénéfiques extra-pondéraux de ces molécules sont uniquement médiés par la perte de poids.
- ☐ 4/ Les femmes perdent moins de poids avec ces traitements.
-  **5/ Les patients diabétiques perdent moins de poids avec ces traitements.**

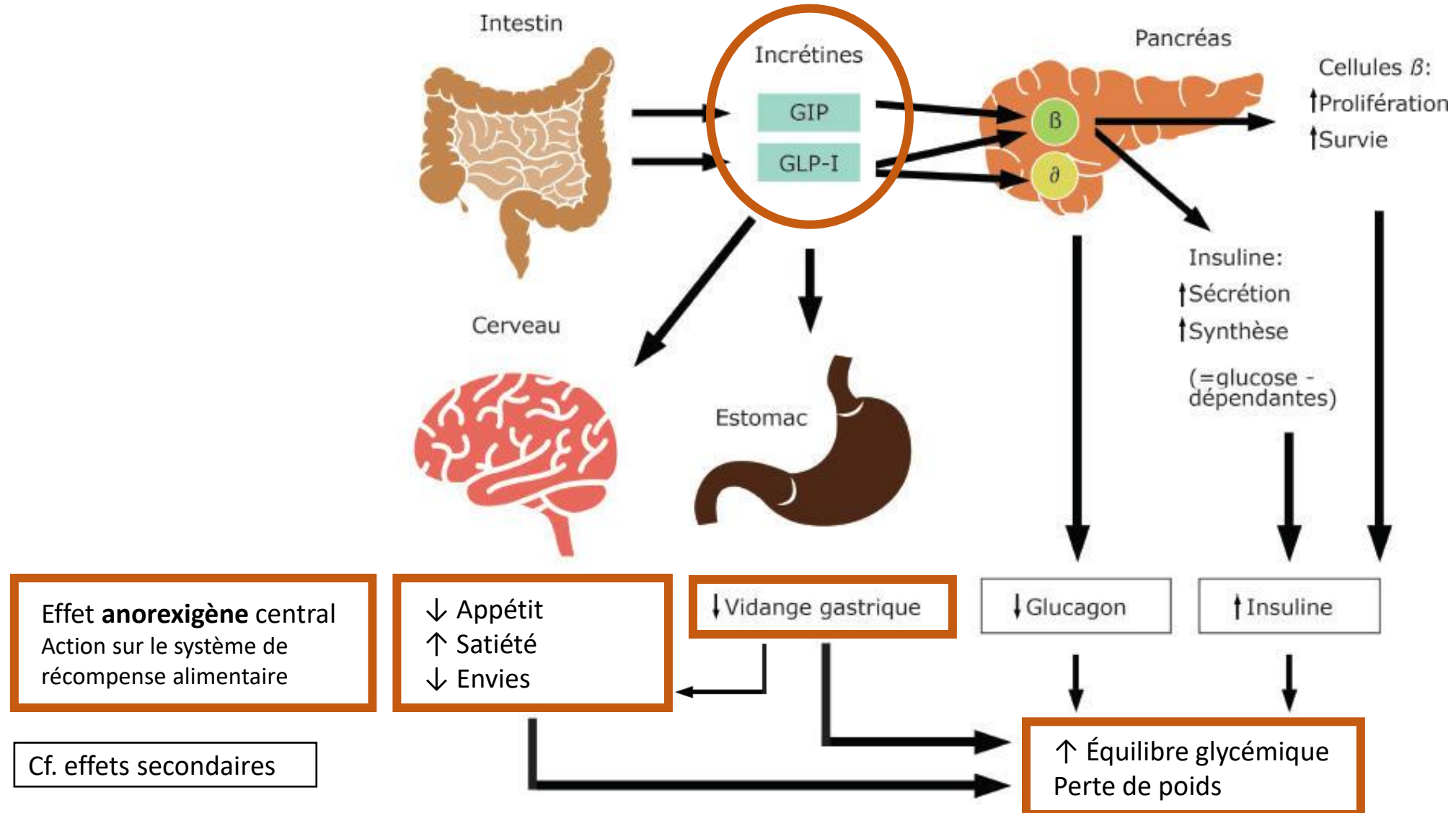


Quelles molécules ? Pour quelles pathologies ?

	Liraglutide (Injection quotidienne)	Dulaglutide (Injection hebdomadaire)	Sémaglutide (Injection hebdomadaire)	Tirzepatide <i>Double agoniste</i> (Injection hebdomadaire)
DIABÈTE	Victoza® > jusqu'à 1,8 mg (arrêt de la commercialisation fin 2026) Xultophy®	Trulicity® > jusqu'à 4,5 mg	Ozempic® > jusqu'à 1 mg	Mounjaro® jusqu'à 15 mg
OBÉSITÉ	Saxenda® > jusqu'à 3 mg (non remboursé)		Wegovy® > jusqu'à 2,4 mg	Mounjaro® jusqu'à 15 mg



Mécanismes d'action



Effets attendus sur la perte de poids (1/2)

	Perte de poids moyenne en %	Perte de poids moyenne en % (placebo soustrait)	Pourcentage de patients atteignant les seuils de perte de poids				
			≥5%	≥10%	≥15%	≥20%	≥25%
Liraglutide 3 mg/j (56 sem)	8%	5,4%	52%	23%			
Semaglutide 2,4 mg/sem (68 sem)	15%	12,4%	92%	75%	55%	35%	
Tirzepatide 5 mg/sem (72 sem)	15%	11,9%	89%	73%	50%	32%	17%
Tirzepatide 10 mg/sem (72 sem)	19,5%	16,4%	96%	86%	74%	56%	35%
Tirzepatide 15 mg/sem (72 sem)	21%	17,8%	96%	90%	78%	63%	40%

FIGURE 3
Perte de poids moyenne sous TMO et pourcentage de patients aux différents seuils de perte de poids

Effets attendus sur la perte de poids (2/2)

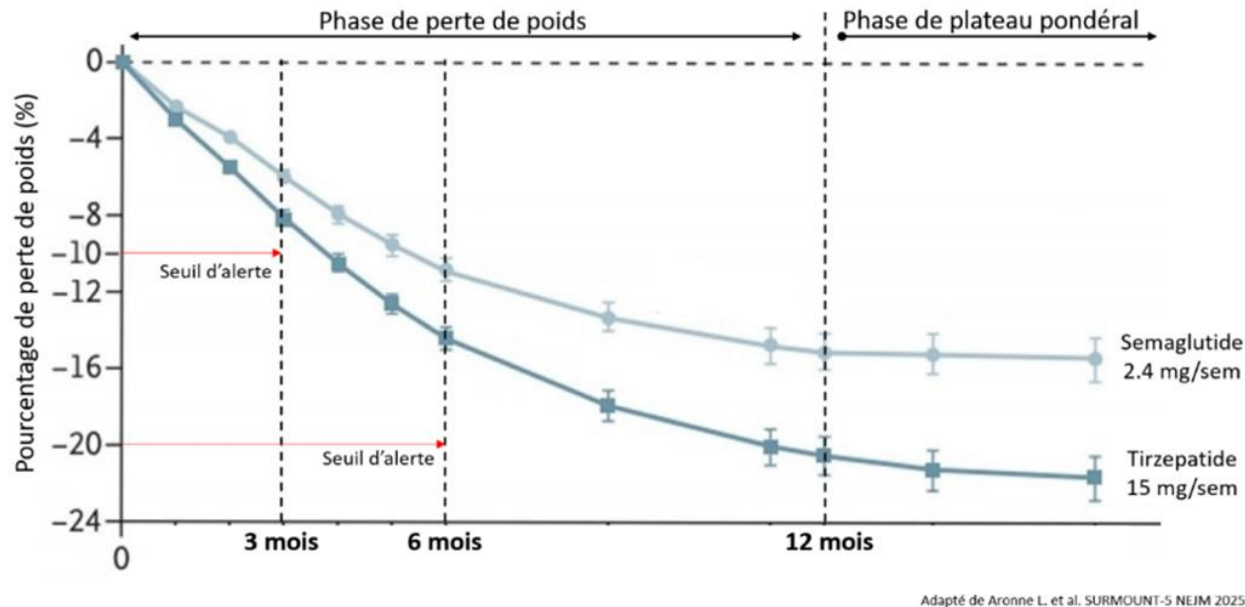


FIGURE 4
Cinétique de perte de poids sous TMO

Facteur prédictif de meilleure réponse pondérale au plateau :

- une réponse pondérale précoce (= perte $\geq$ 5% entre 3 et 5 mois)

Facteurs prédictifs de moins bonne réponse pondérale :

- répondeurs « lents »
- hommes
- patients diabétiques de type 2

Autres bénéfices (en-dehors de la perte pondérale) (1/2)

Facteurs de risque cardiovasculaires :

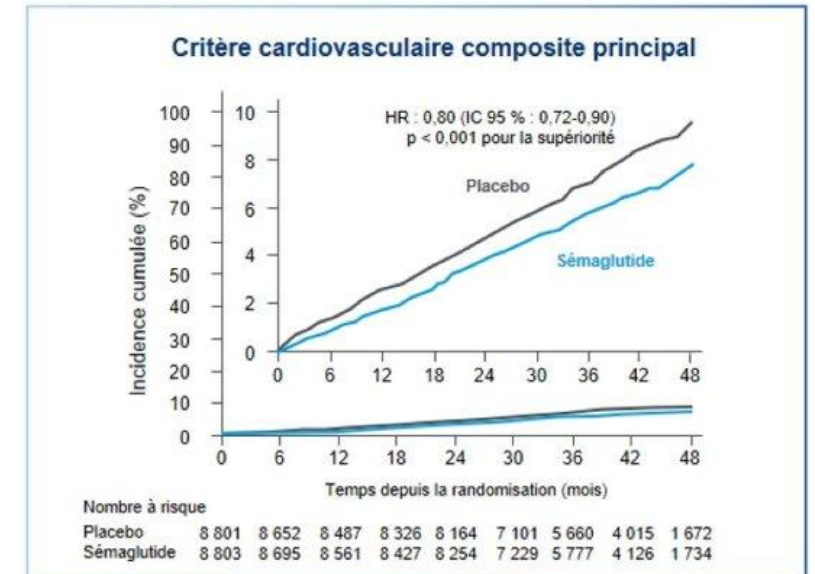
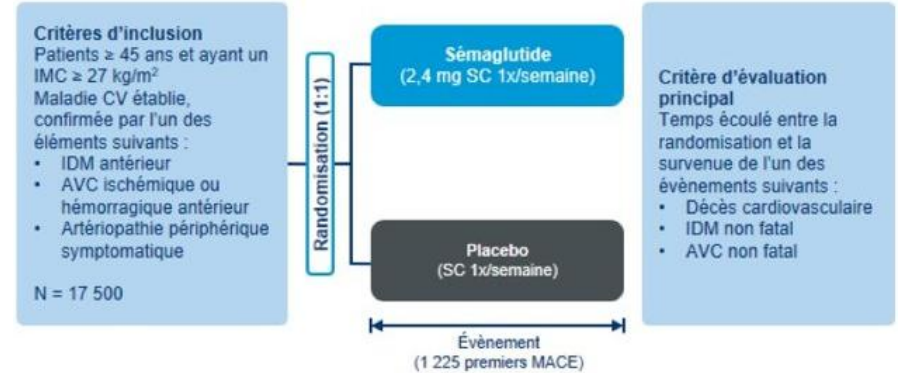
- Diabète et prédiabète
- Hypertension artérielle (HTA)
- Cholestérol LDL

Cardiovasculaire :

- MACE (*Major Adverse Cardiac Events*)
- Insuffisance cardiaque

Autres bénéfices :

- Sur le foie → MASH (stéatose hépatique non-alcoolique)
- Sur le sommeil → SAOS (syndrome d'apnées obstructives du sommeil)
- Sur les reins
- Psychologiques : TCA (troubles du comportement alimentaire), addictions (notamment à l'alcool)
- Sur la gonarthrose



Le sémaglutide 2,4 mg réduit significativement le risque de survenue d'événements cardiovasculaires majeurs de 20% vs placebo chez les patients en situation d'obésité, non DT2 et ayant une comorbidité cardiovasculaire

Temps de suivi moyen : 39,8 mois

Autres bénéfices (en-dehors de la perte pondérale) (2/2)

	TMO		
	Liraglutide	Sémaglutide	Tirzépamide
Prevention cardiovasculaire secondaire sans DT2		●	
Prevention cardiovasculaire secondaire avec DT2			●
Insuffisance cardiaque à FEVG préservée		●	●
Insuffisance cardiaque à FEVG réduite		●	
MASH		●	
SAHOS modéré à sévère			●
Gonarthrose sévère		●	
Pré-diabète	●	●	●
Diabète de type 2	●	●	●

Bénéfice démontré

●

 TMO à privilégier

FIGURE 6
Bénéfices démontrés des TMO dans les différentes complications de l'obésité et choix du TMO à privilégier en fonction de la présence de complications


Aron-Wisnewsky & al.,
2025, Médecine des
maladies métaboliques

Effets indésirables (1/2)

Essentiellement digestifs



- Nausées et vomissements
- Douleurs
- Diarrhée
- Constipation
- Gastrite et reflux



Asthénie



Céphalées

Réactions au point d'injection



Effets indésirables (2/2)

Pancréatiques :

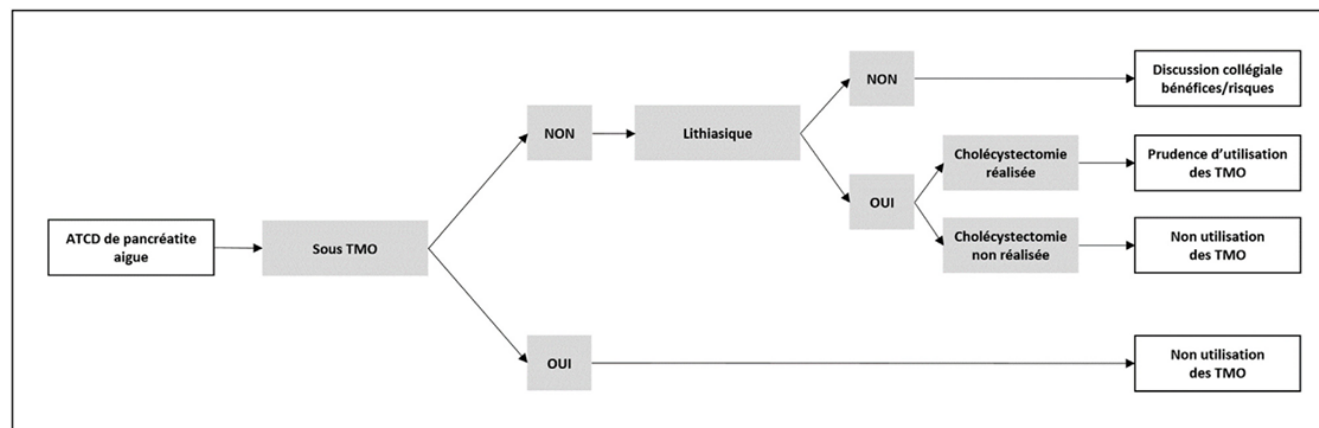


FIGURE 12

Schéma présentant l'algorithme du GT pour l'utilisation des TMO en cas d'antécédent de pancréatite aiguë

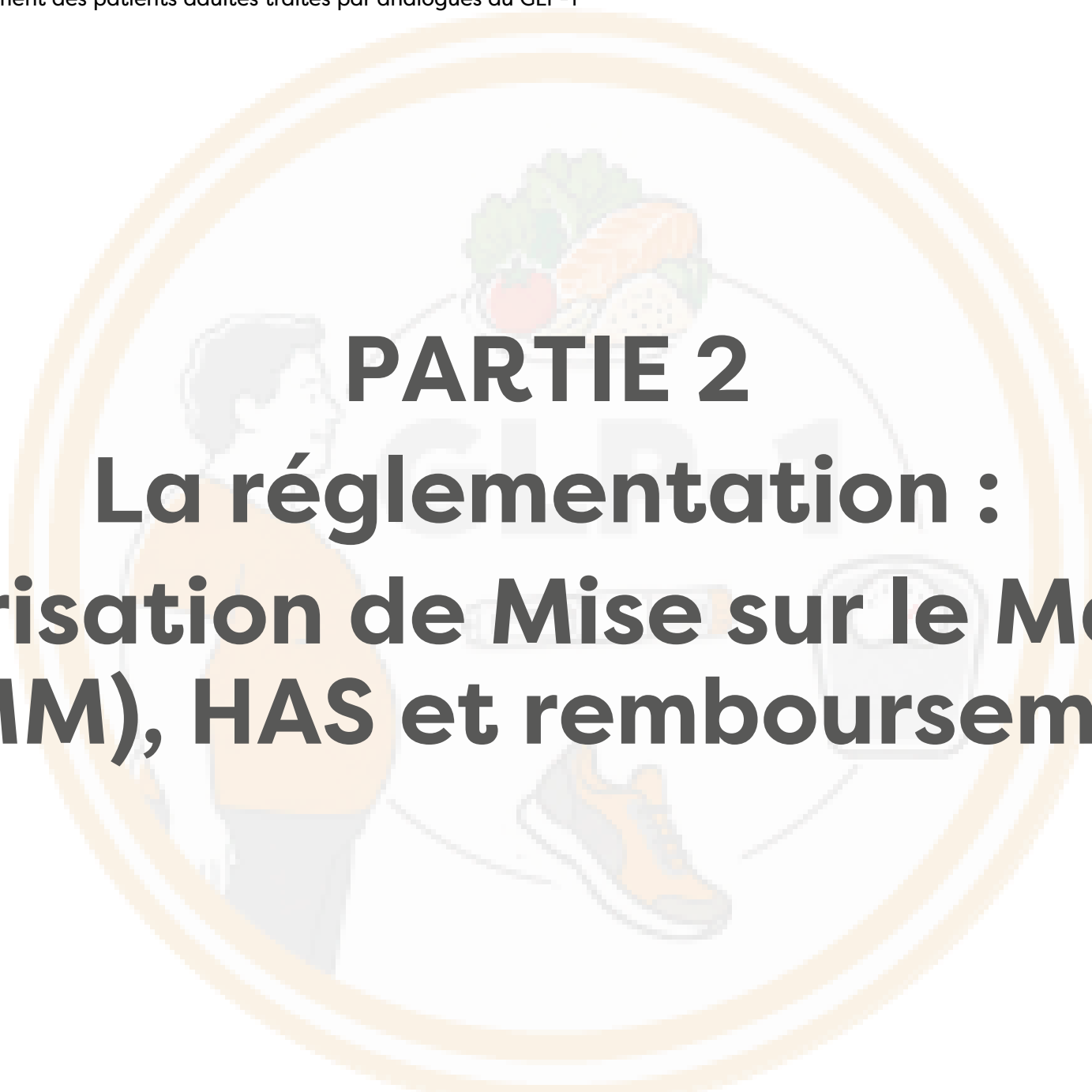
Ophtalmologiques :

- Risque d'aggravation de la rétinopathie diabétique (RD) en cas de RD non stabilisée
- Neuropathie Optique Ischémique Antérieure (NOIAN) → Sémaglutide

Avis n° 24 du GT

- Il n'est pas recommandé de dépister de manière systématique la NOIAN ni de réaliser systématiquement une tomographie par cohérence optique (OCT) avant l'initiation d'un TMO (AE).
- La connaissance préalable d'une papille optique étroite, facteur de risque de NOIAN, doit conduire à une prudence d'utilisation du sémaglutide (AE).
- Si les patients présentent une perte soudaine de la vision ou une détérioration rapide de la vue au cours d'un traitement par le sémaglutide, le traitement doit être suspendu et un avis médical rapide est nécessaire (AE).
- Si la NOIAN est confirmée, le traitement par le sémaglutide doit être arrêté. Par prudence et malgré l'absence de données, le GT considère qu'il convient de ne pas introduire de TMO alternatif (AE).

QUESTIONS RÉPONSES



PARTIE 2

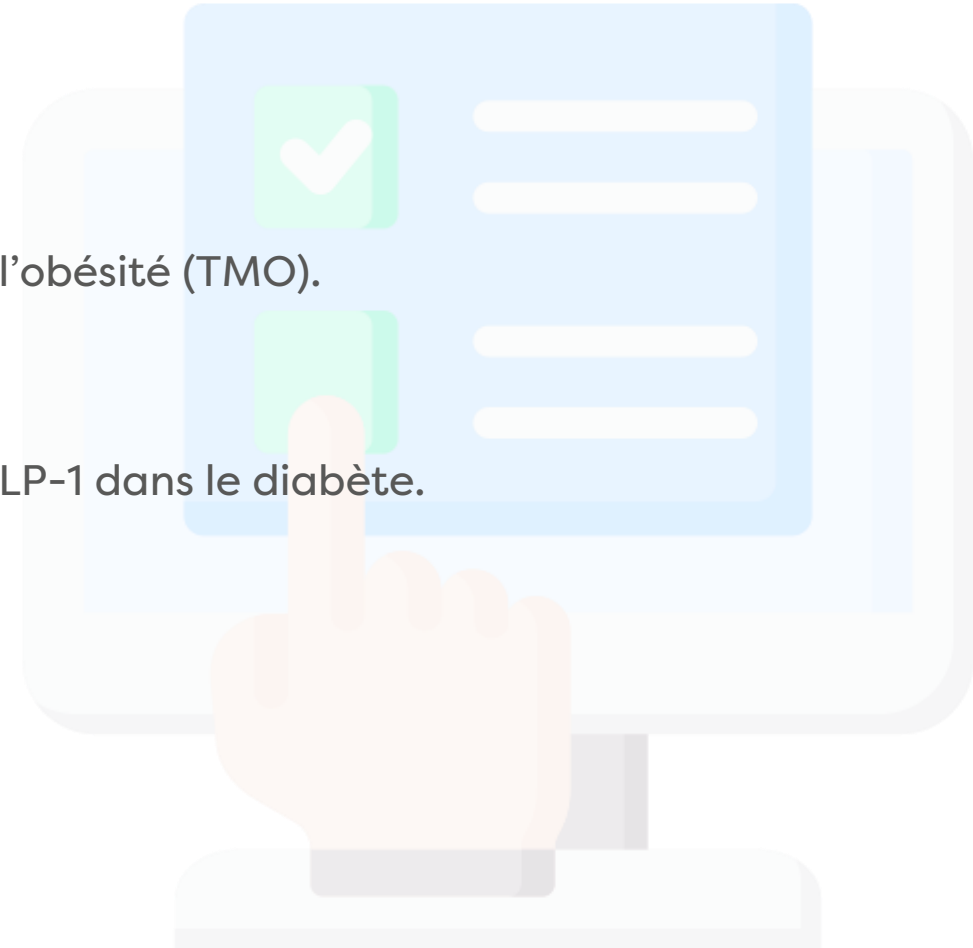
La réglementation :

Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), HAS et remboursement

? Quiz

Cochez la ou les affirmation(s) exacte(s) selon vous.

- ☐ 1/ Tout médecin peut initier un traitement médicamenteux de l'obésité (TMO).
- ☐ 2/ Tout médecin peut renouveler un TMO.
- ☐ 3/ Tout médecin peut initier un traitement par analogues du GLP-1 dans le diabète.
- ☐ 4/ Tout médecin peut prescrire du Mounjaro pour le poids.
- ☐ 5/ Tout médecin peut prescrire du Mounjaro pour le diabète.



 Quiz

Cochez la ou les affirmation(s) exacte(s) selon vous.

- ☐ 1/ Tout médecin peut initier un traitement médicamenteux de l'obésité (TMO).
-  2/ Tout médecin peut renouveler un TMO.
-  3/ Tout médecin peut initier un traitement par analogues du GLP-1 dans le diabète.
- ☐ 4/ Tout médecin peut prescrire du Mounjaro pour le poids.
-  5/ Tout médecin peut prescrire du Mounjaro pour le diabète.



Place dans la stratégie thérapeutique (1/2)



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux

PARTIE I : PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Validé par le Collège le 2 juin 2022

Recommandations

R.41. La décision d'un traitement médicamenteux de l'obésité relève des niveaux 2 et 3 (AE).

R.42. En cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle bien conduite (< 5 % de perte de poids à six mois), notamment sur le comportement alimentaire et sous réserve de l'implication du patient dans les soins, on pourra débuter un traitement par analogue du GLP1 ayant l'AMM dans l'indication de l'obésité chez les patients en situation d'obésité relevant des niveaux de recours 2 et 3. Il pourra être prescrit d'emblée chez les patients dont l'obésité compromet leur autonomie ou entraîne une altération sévère de la fonction d'un organe, et pour lesquels les changements du mode de vie sont limités (AE).

Dans le cas particulier du liraglutide, les patients doivent être réévalués à 12 semaines à la dose de 3 mg par jour. Si ceux-ci n'ont pas perdu au moins 5 % de leur poids, le liraglutide doit être arrêté.

Une ATU de cohorte a été attribuée à sémaglutide Wegovy® le 29/06/2021.

Une autorisation d'accès précoce a été octroyée à setmélanotide Imcivree® le 19/01/2022.

Avis de la Prise de position du GCC-CSO sur les TMO (25/11/2025)

Avis n° 1 du GT

- Le TMO n'est pas indiqué en première intention dans la prise en charge de l'obésité (A).
- Les TMO relèvent d'une prescription de deuxième intention, en respectant les AMM de chaque molécule, chez des patients ayant déjà bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle, comportementale (incluant la qualité du sommeil et la gestion du stress) et en activité physique de première intention (selon les recommandations HAS 2022) sur une durée de 6 mois, et n'ayant pas atteint leurs objectifs personnalisés (AE).
- Introduire un TMO doit se faire dans le cadre d'une décision médicale partagée et dans une démarche centrée sur le patient sous la responsabilité du prescripteur qui doit en assurer le suivi régulier (AE).
- Le prescripteur doit s'assurer d'un accompagnement du TMO par un professionnel de santé compétent en nutrition, qu'il s'agisse de lui-même ou d'une tierce personne (diététiciens ou

médecins nutritionnistes) vers laquelle il aura adressé le patient (AE).

- La discussion de l'introduction d'un TMO ne prend pas uniquement en compte la gestion du poids, mais également les complications de l'obésité et la qualité de vie du patient (AE).
- La posologie du TMO doit être personnalisée en fonction des objectifs de réduction pondérale, d'amélioration des complications de l'obésité et de la qualité de vie, selon une décision médicale partagée avec le patient. Il ne faut pas dépasser les posologies maximales, indiquées dans l'AMM de chaque TMO (A).
- Le GT se positionne pour privilégier l'utilisation des TMO chez les patients atteints d'obésité dont la sévérité est de niveau 2 ou 3 selon la HAS (figure 2)* (AE).

** Pour rappel, les niveaux de sévérité de l'obésité sont définis par la présence d'au moins 1 critère parmi les 7 proposés et ne dépendent pas uniquement de l'IMC.*

Place dans la stratégie thérapeutique (2/2)

Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)	Liraglutide (Saxenda®)	Sémaglutide (Wegovy®)	Tirzepatide (Mounjaro®)
Adultes IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	X	X	X
Adultes IMC $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ avec au moins un facteur de comorbidité lié au poids : prédiabète ou DT2, HTA, dyslipidémie ou syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)	X	X	X
Adolescents ≥ 12 ans avec une obésité et un poids corporel supérieur à 60 kg	X	X	
Diabète de type 2 : • en monothérapie, quand l'utilisation de la metformine est considérée comme inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications • en association avec d'autres médicaments destinés au traitement du diabète			X

Concernant la prescription (1/2)

12/09/2024

- Prescription initiale non remboursée par un médecin spécialiste en endocrinologie diabétologie nutrition ou FST nutrition
- Renouvellement par tout médecin
- IMC ≥ 35 , < 65 ans

13/11/2024

- Arrivée du Tirzepatide : mêmes règles de prescription

23/06/2025

- Prescription initiale et renouvellement par tout médecin (non remboursé)
- Dans les indications d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)

15/06/2026

Remboursement dans les indications de la chirurgie bariatrique

- Primoprescription limitée à certains prescripteurs
- Renouvellement par tout médecin

Concernant la prescription (2/2)

QUI PEUT PRESCRIRE UN TMO PERMETTANT UN REMBOURSEMENT ?



Prescripteurs habilités pour initier un traitement médicamenteux de l'obésité dans le cadre de la prise en charge par l'assurance maladie

1

MÉDECINS SPÉCIALISTES ET CHIRURGIENS BARIATRIQUES



- Médecins spécialistes en endocrinologie-diabétologie-nutrition (spécialité EDN ou anciennement EDMM)
- Médecins compétents en nutrition (titulaire d'un DESC, d'une FST appliquée ou d'une VAE nutrition)
- Chirurgiens bariatriques (titulaires du DIU de chirurgie de l'obésité)



Exerçant dans l'une des structures suivantes :



Un Centre
Spécialisé
de l'Obésité
(CSO)

OU



Une Structure
de Soins Médicaux
et de Réadaptation
(SMR)

mention « gastro-entérologie,
endocrinologie, diabétologie,
nutrition »

OU



Un CHU

2

MÉDECINS EXPERTS IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

A



Les médecins coordinateurs
de Parcours Coordonné Renforcé (PCR)
« Obésité complexe ».

B



Les médecins spécialistes en
endocrinologie-diabétologie-nutrition
(spécialité EDN ou anciennement EDMM).

Dans ce cas, le prescripteur doit :

- ✓ Exercer en lien avec un Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO).
- ✓ La formalisation de ce lien avec un CSO passe par l'existence d'une charte entre le spécialiste en endocrinologie et le CSO ou par une activité médicale en cours (au moins partielle) en CSO.

Indications au remboursement (1/2)



D'après l'arrêté du 23 mai 2026 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics :

Chez les patients ayant un indice de masse corporelle (IMC) initial ≥ 40 kg/m² sans comorbidité

Chez les patients ayant un indice de masse corporelle (IMC) initial ≥ 35 kg/m² avec une comorbidité :

- un diabète de type 2 ;
- une HTA nécessitant un traitement médicamenteux ;
- une hypertriglycéridémie > 5 g/L (contrôlée à plusieurs reprises, en-dehors de toute consommation d'alcool et en-dehors du déséquilibre d'un diabète de type 2) et résistante au traitement habituel comprenant les mesures nutritionnelles ;
- une stéatohépatite non alcoolique (NASH) ou une fibrose hépatique (quel que soit le stade de la fibrose jusqu'au stade de cirrhose Child A, après accord avec l'hépatologue). La stéatose isolée n'est pas une comorbidité retenue pour l'indication de traitement médicamenteux de l'obésité (TMO) ;
- un syndrome des ovaires polykystiques chez la patiente en âge de procréer ;
- un problème de fertilité masculine ou féminine avec un projet d'AMP, sur proposition de l'équipe d'AMP ;
- une maladie rénale chronique (jusqu'au stade d'IRC modérée : stade 3A ou 3B) après avis du néphrologue, voire une insuffisance rénale sévère ou terminale avec un projet de transplantation rénale. Dans ce dernier cas, la décision doit être discutée au cas par cas de façon collégiale avec l'équipe de transplantation ;



L'IMC initial correspond à l'IMC du patient lors de l'initiation du traitement indiqué dans le contrôle du poids, quel que soit son statut de remboursement.

Indications au remboursement (2/2)

- un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) avec un IAH $\geq 15/h$;
- un asthme sévère en lien avec l'obésité après avis d'un pneumologue, d'un ORL et/ou d'un allergologue ;
- des lombalgies chroniques, une coxarthrose, une gonarthrose, invalidantes documentées, après avis rhumatologique et/ou orthopédique confirmant les bénéfices attendus par la perte de poids ;
- une incontinence urinaire invalidante ne répondant pas aux modifications thérapeutiques du mode de vie associées aux traitements médicamenteux de l'incontinence urinaire et, si besoin, de la constipation, après confirmation par un gynécologue ou un urologue que la perte de poids est susceptible d'améliorer les troubles urinaires ;
- une hernie pariétale ou une éventration symptomatique ou complexe dont le traitement chirurgical impose une perte de poids avant la chirurgie pariétale ;
- une hypertension intracrânienne idiopathique résistant à une prise en charge neurologique bien conduite ;
- la présence d'un handicap moteur avec ou sans paraplégie, après avis d'un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) ou d'un neurologue.

Formulaire d'accompagnement à la prescription

Comme pour l'Ozempic et le Trulicity

Il existe 3 formulaires :



1 pour le Wegovy

1 pour le Mounjaro diabète

1 pour le Mounjaro poids



Les 2 premiers volets sont à adresser au médecin conseil de la CPAM.



Le 3^{ème} volet est à présenter au pharmacien.

Quelques précisions

Exemple du Mounjaro par rapport au diabète

- chez les adultes pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique ;
- en bithérapie avec la metformine ;
- en trithérapie avec la metformine et un sulfamide hypoglycémiant ;
- en trithérapie avec la metformine et une insuline basale.

➡ Pas de notion d'IMC dans l'indication diabète

➡ Pas de place à la monothérapie

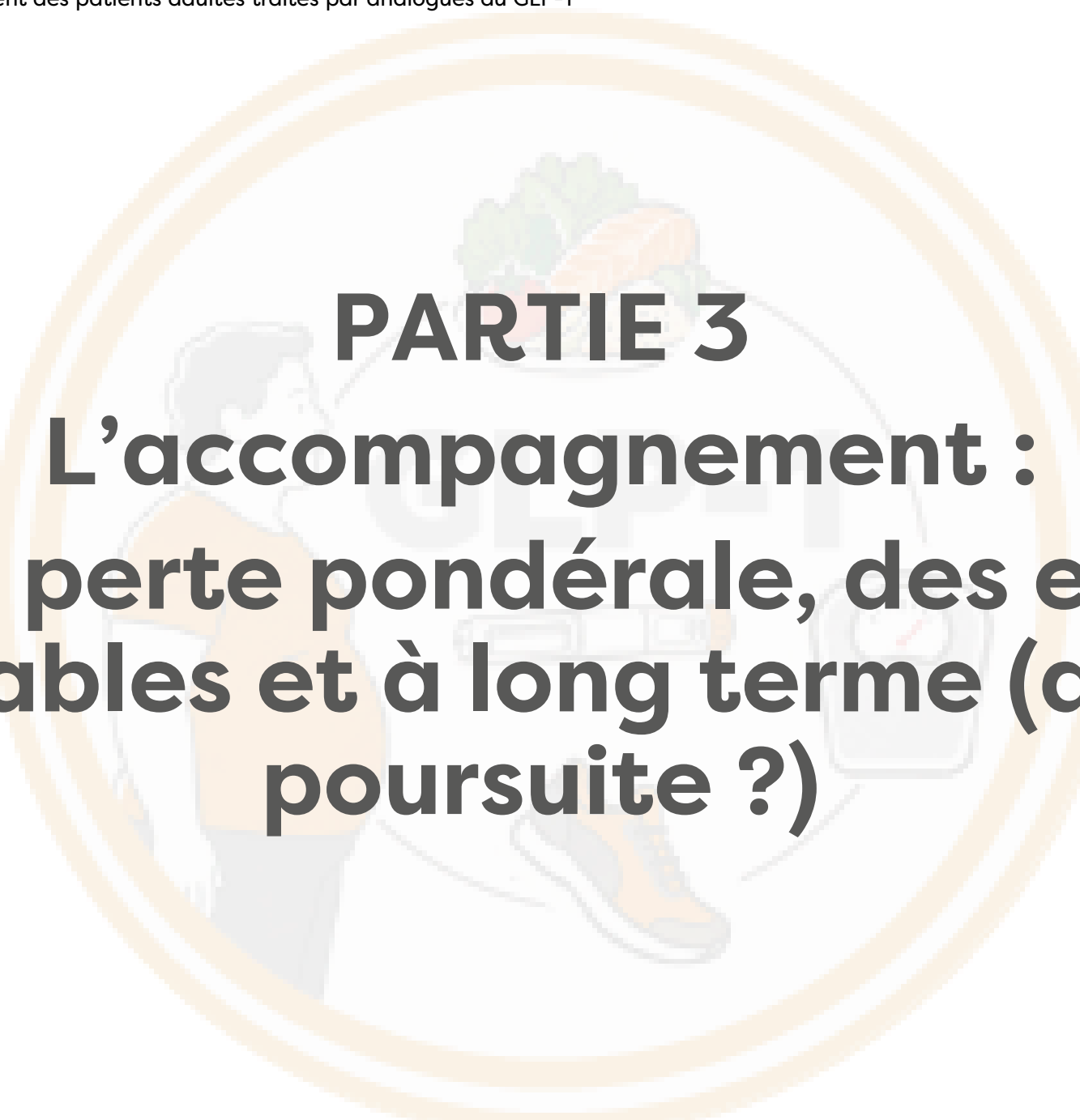
Quel justificatif d'accompagnement doit être renseigné pour permettre une prise en charge ?

Un justificatif d'accompagnement à la prescription correspondant à l'indication thérapeutique considérée doit être présenté par le patient à l'officine à chaque dispensation pour permettre une prise en charge. Dans le cas d'un patient pris en charge à la fois pour un diabète mais également pour le contrôle du poids, un seul des deux justificatifs d'accompagnement à la prescription est nécessaire.

Quelle doit être la qualification du prescripteur pour permettre la prise en charge ?

Afin de respecter le parcours de prescription, la première ordonnance (prescription initiale) doit être rédigée par un médecin spécialiste de l'obésité dans le cas d'une prise en charge pour le contrôle du poids et **par tout médecin dans le cas d'une prise en charge pour le diabète.**

QUESTIONS RÉPONSES



PARTIE 3

L'accompagnement : de la perte pondérale, des effets indésirables et à long terme (arrêt ou poursuite ?)

? Quiz

Cochez la ou les affirmation(s) exacte(s) selon vous.

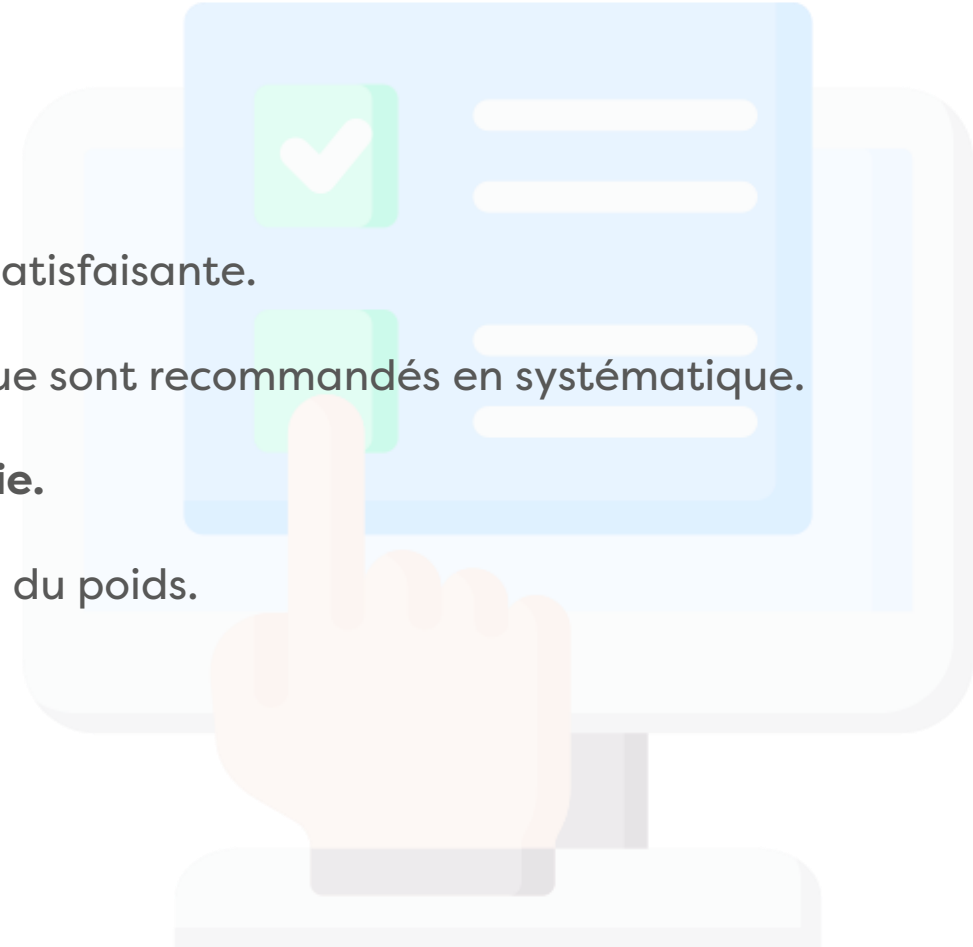
- ☐ 1/ Une perte de 20% du poids à 6 mois est considérée comme satisfaisante.
- ☐ 2/ Une vitaminothérapie ainsi que de l'acide ursodesoxycholique sont recommandés en systématique.
- ☐ 3/ Le suivi post-TMO peut se calquer sur le suivi post-chirurgie.
- ☐ 4/ Les TMO peuvent en général être arrêtés après stabilisation du poids.



 Quiz

Cochez la ou les affirmation(s) exacte(s) selon vous.

- ☐ 1/ Une perte de 20% du poids à 6 mois est considérée comme satisfaisante.
- ☐ 2/ Une vitaminothérapie ainsi que de l'acide ursodesoxycholique sont recommandés en systématique.
-  **3/ Le suivi post-TMO peut se calquer sur le suivi post-chirurgie.**
- ☐ 4/ Les TMO peuvent en général être arrêtés après stabilisation du poids.



L'accompagnement (1/2)

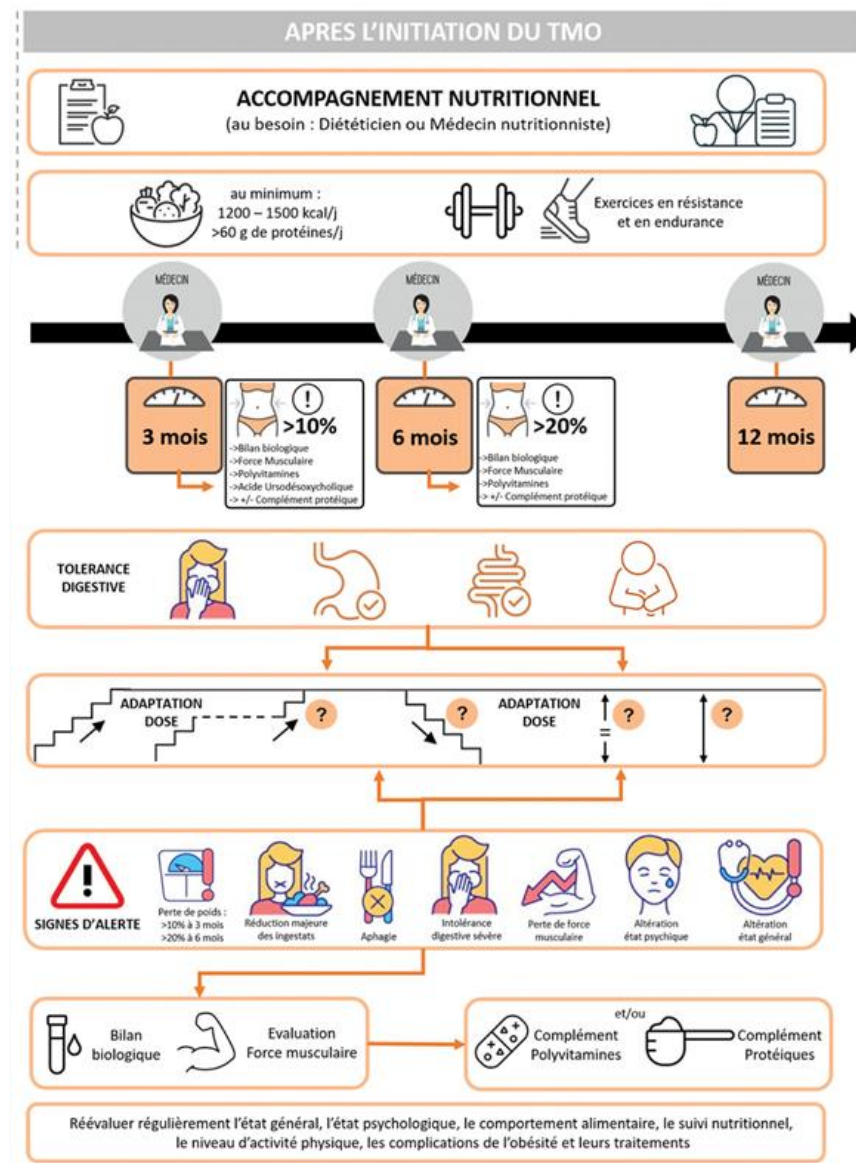
Avis n° 2 du GT : (AE)

- Le GT recommande au prescripteur de suivre régulièrement l'évolution pondérale sous TMO, notamment à 3, 6 et 12 mois de l'introduction du traitement.

Avis n° 3 du GT : (A)

Il convient d'informer le patient que la perte de poids induite par un TMO suit deux phases :

- la réduction pondérale qui s'étale habituellement sur environ 12 mois (certains patients peuvent atteindre le plateau pondéral plus précocement),
- la phase de stabilisation du poids (plateau pondéral) sous traitement.



L'accompagnement (2/2)

Traitement de 2^{de} intention, toujours en association à des modifications du mode de vie :

- diététique
- activité physique
- psychologique (troubles du comportement alimentaire)

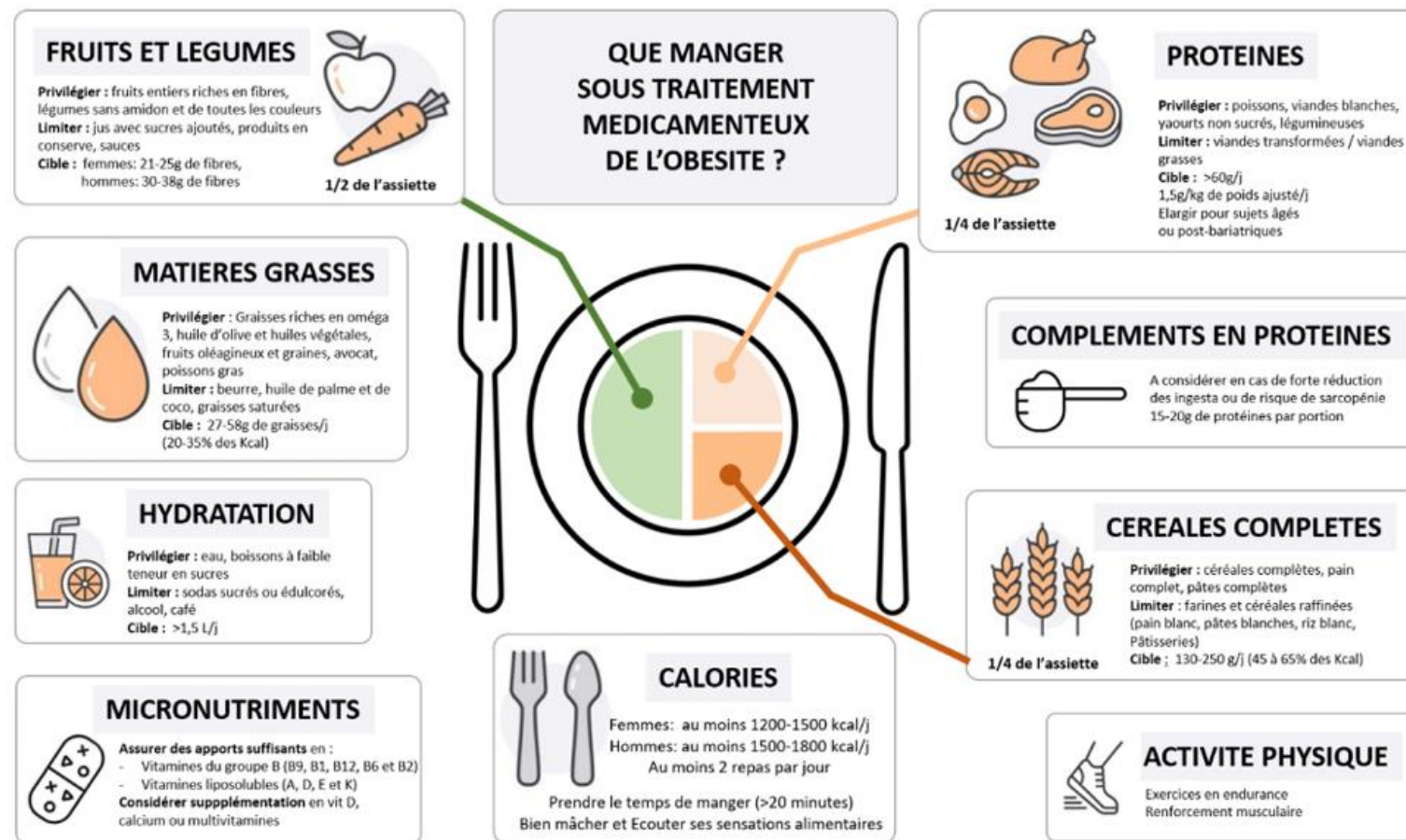


FIGURE 8

Conseils alimentaires sous TMO pour permettre une bonne tolérance/efficacité des TMO sans induire de risques carentiels, la conduite à tenir en cas de carences nutritionnelles est abordée dans la partie VI

Aron-Wisniewsky & al.,
2025, Médecine des
maladies métaboliques

« Management » de l'amaigrissement (1/3)

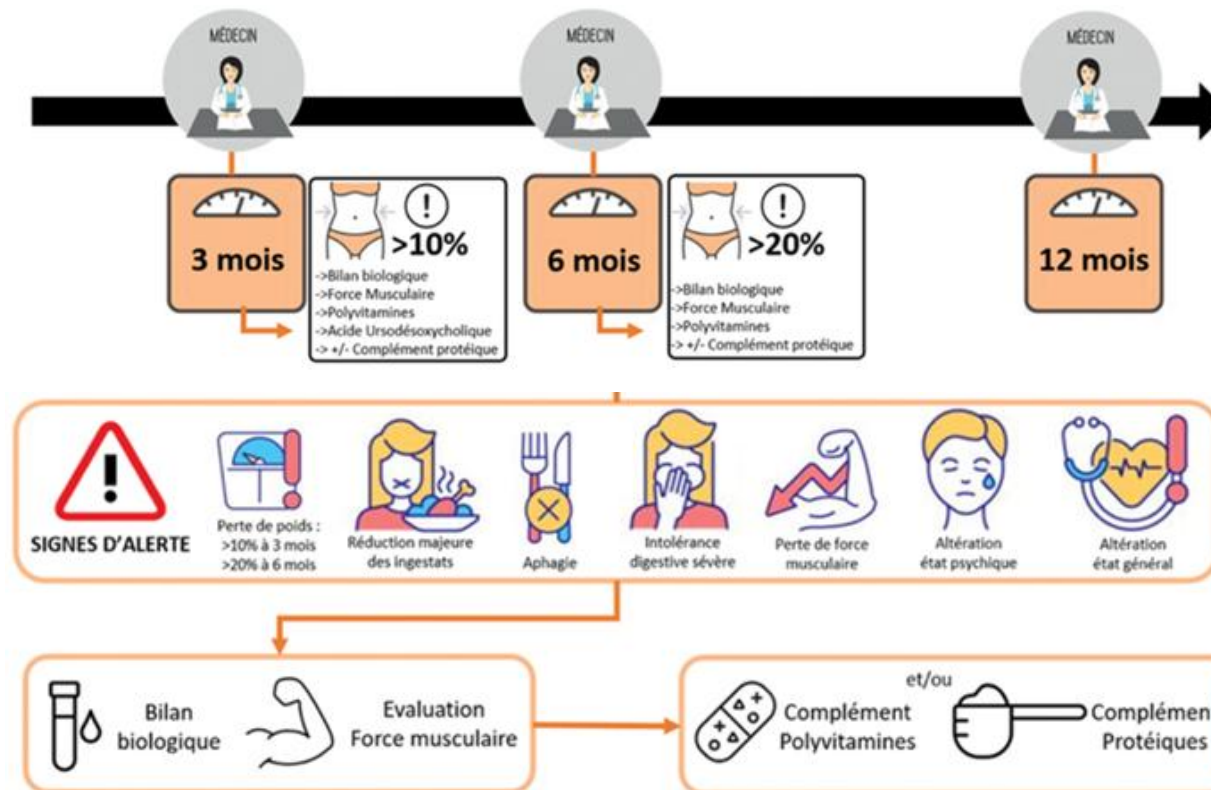
Exemple de la chirurgie

Dénutrition = Perte de poids > 10% à 3 mois de traitement ou > 20% à 6 mois de traitement

Vitamines et carences :

- à l'initiation chez les patients à risque : bilan* et supplémentation de 6 mois
- après l'introduction : situation d'apports réduits, perte de poids importante, troubles digestifs, signes de carences

* : NFS, plaquettes, ionogramme, coefficient de saturation, ferritine, créatinine, CRP, albumine, mesure de la clairance CKD EPI, calcémie, vitamines B9 et B12



Masse maigre et sarcopénie :

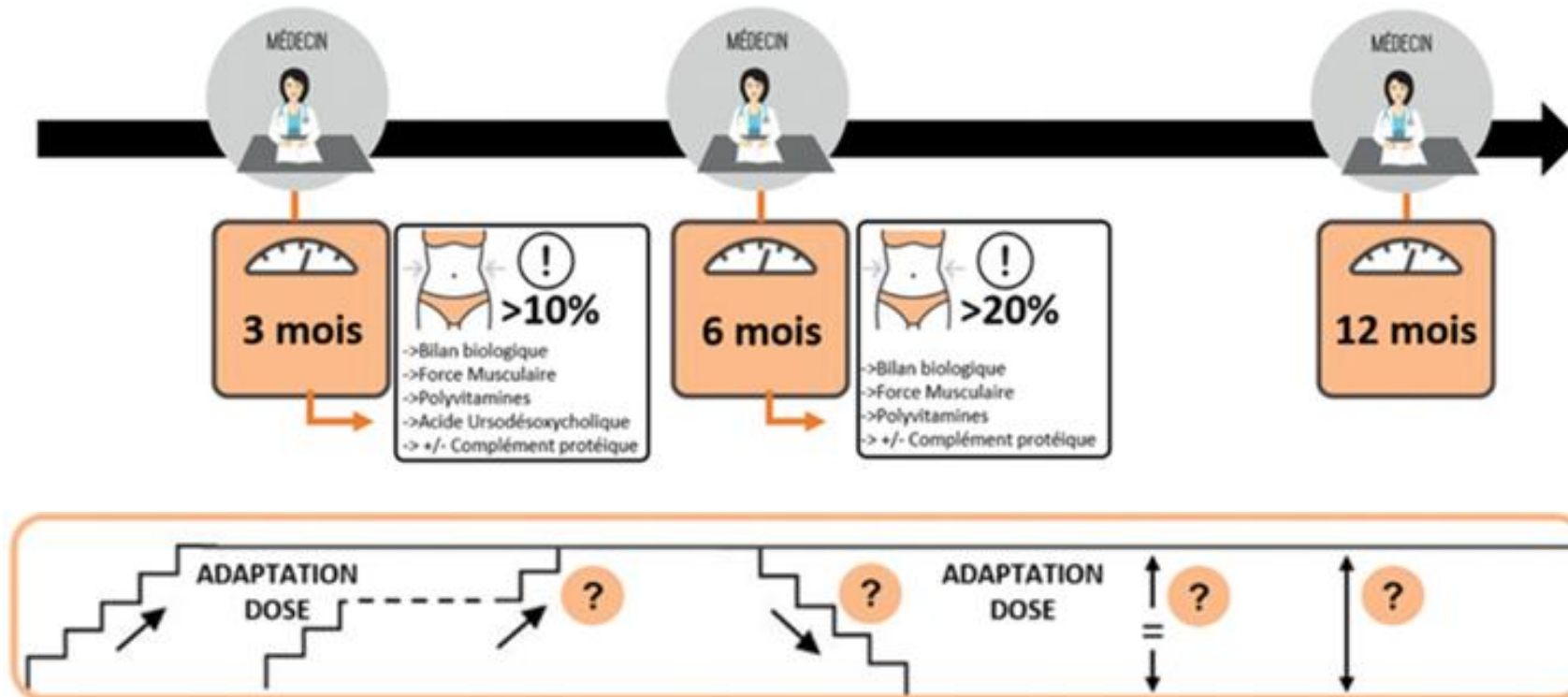
- activité physique
- apport en protéines (> 60 g par jour)

Aron-Wisniewsky & al.,
2025, Médecine des
maladies métaboliques

« Management » de l'amaigrissement (2/3)

Exemple de la chirurgie

Dénutrition = Perte de poids > 10% à 3 mois de traitement ou > 20% à 6 mois de traitement



« Management » de l'amaigrissement (3/3)

Exemple de la chirurgie

Lithiases biliaires : prophylaxie par acide ursodesoxycholique

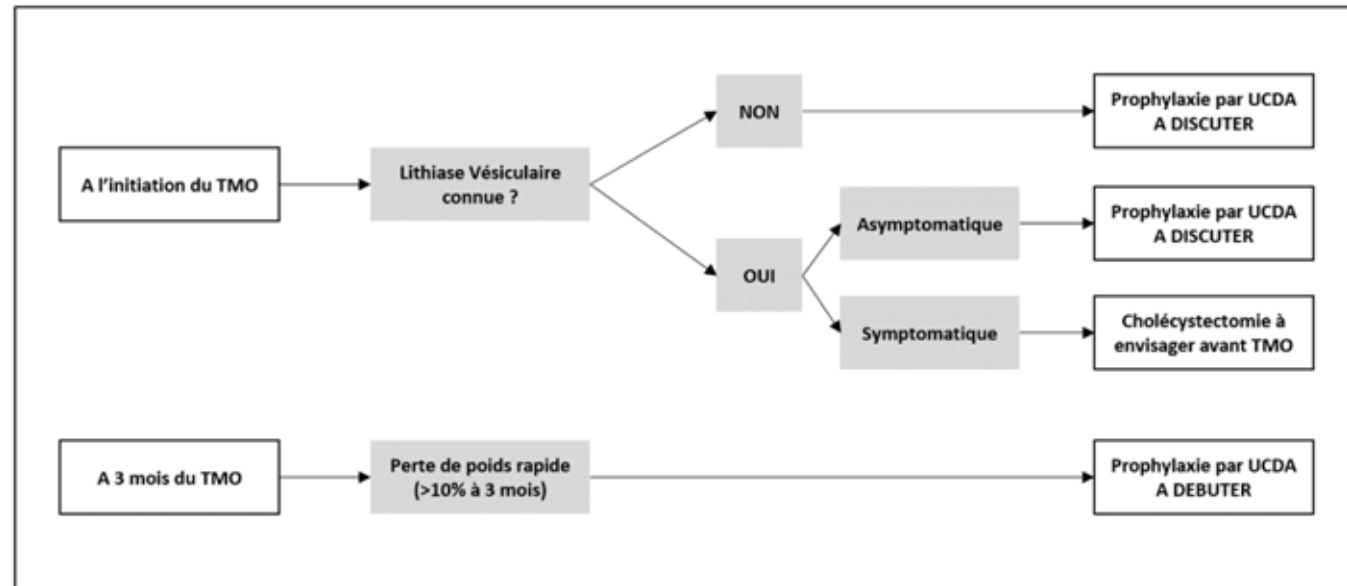
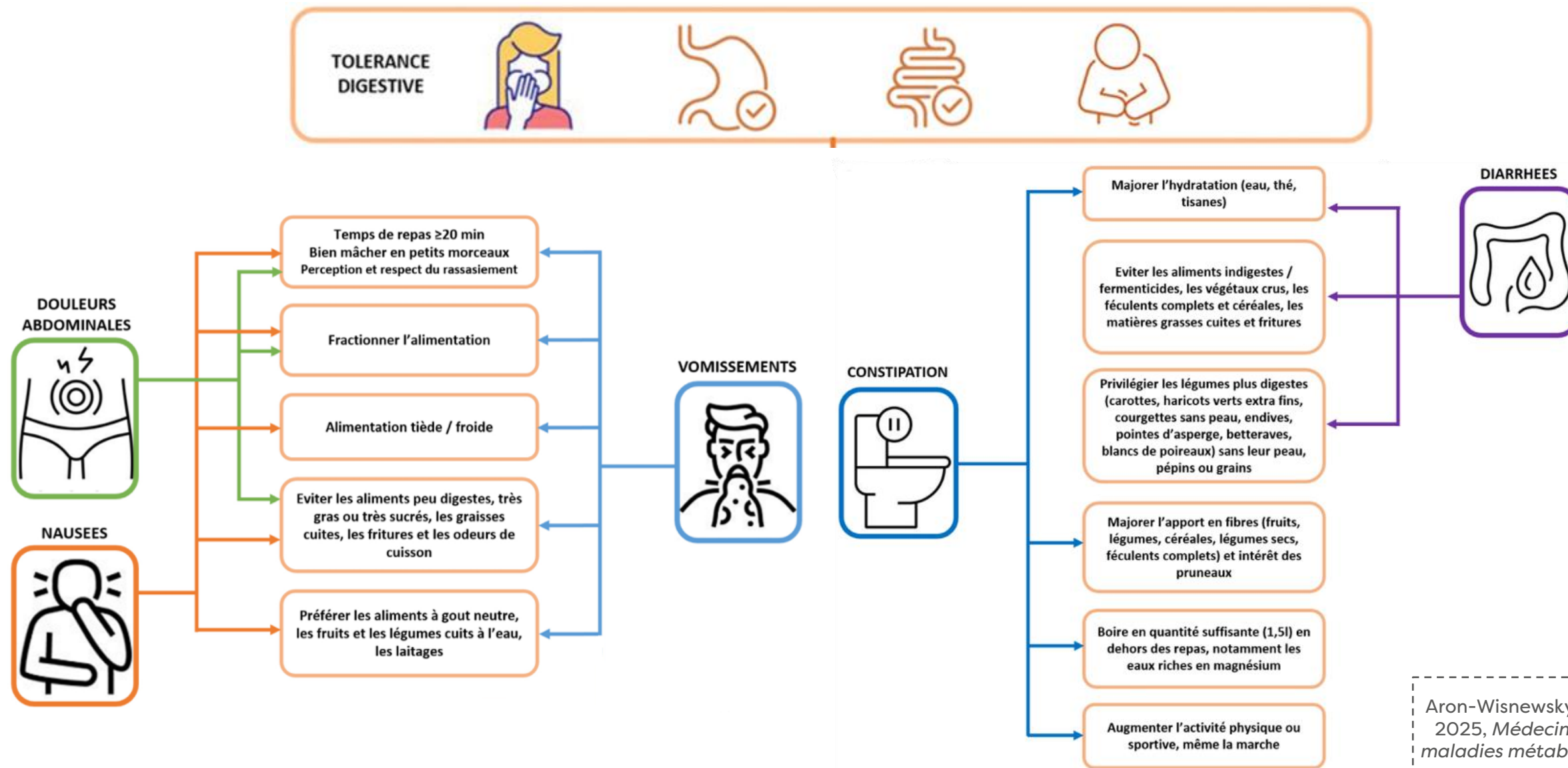


FIGURE 11

Schéma présentant l'algorithme du GT pour la prophylaxie de la lithiase vésiculaire sous TMO (UCDA = acide ursodésoxycholique 500 mg/j)

Os : apports calciques / vitamine D

« Management » des effets indésirables digestifs



« Management » dans les cas de la grossesse ou d'un désir de grossesse

Données limitées mais rassurantes chez des patientes ayant débuté une grossesse sous TMO

Mais des effets délétères chez l'animal :

- Non recommandé pendant la grossesse et pendant l'allaitement
- Recommandé à toute femme en âge de procréer traitée par TMO d'utiliser une méthode de contraception efficace

En cas de projet de grossesse, les TMO doivent être arrêtés avant l'arrêt de la contraception ou avant un transfert d'embryon en cas de FIV dans les délais suivants :

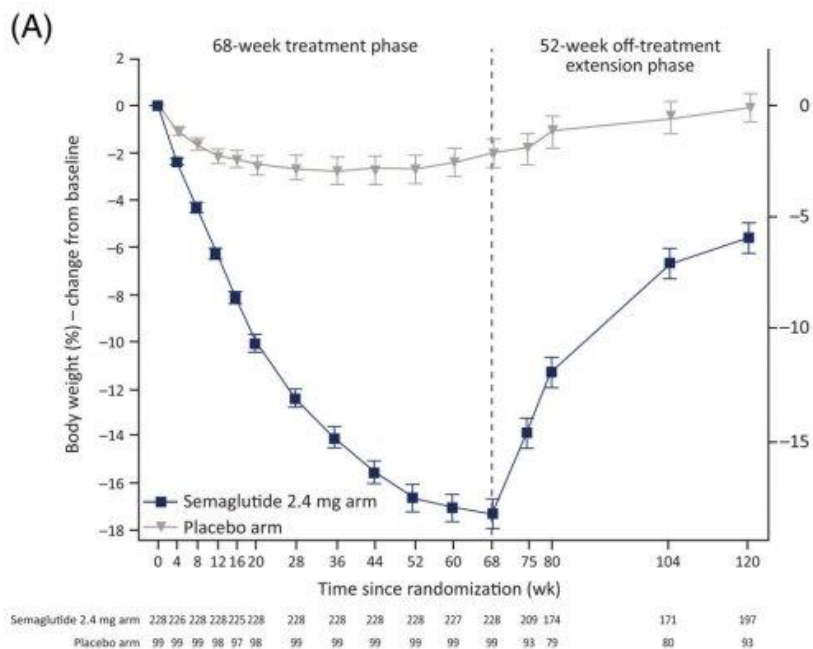
- 1 semaine pour le liraglutide
- 2 mois pour le sémaglutide
- 1 mois pour le tirzépate

L'utilisation d'un TMO avant la grossesse est associée à une prise de poids plus élevée au cours de la grossesse (information basée sur 2 études disponibles).

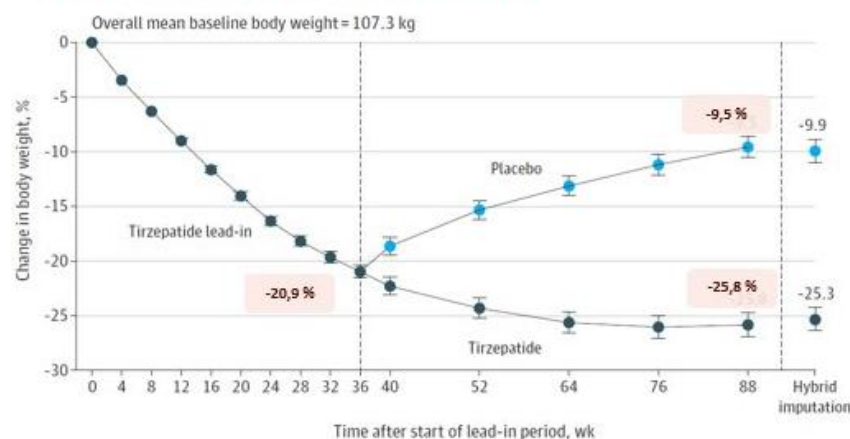


Anticiper un suivi nutritionnel, comportemental et en activité physique pour limiter la reprise de poids excessive

« Management » à long terme : arrêt ou poursuite ?



Variation du poids au cours de l'étude (%)



Avis n° 4 du GT

- Le GT rappelle que l'obésité est une maladie chronique et que sa prise en charge s'inscrit dans la durée (A).
- Le maintien du TMO au plateau pondéral (à la dose ayant permis d'atteindre le plateau) permet habituellement de maintenir la perte de poids (recul actuel de 3-4 ans) (A).
- Il n'existe pas actuellement de données permettant de proposer une adaptation du TMO (changement de dose, de molécule, de fréquence d'administration) comme traitement d'entretien une fois le plateau pondéral atteint. Des études spécifiques sur ce thème sont en cours et permettront de changer possiblement le positionnement de cet avis (AE).
- L'arrêt du TMO au plateau pondéral s'accompagne le plus souvent d'une reprise pondérale significative, de l'ordre de deux tiers (~70 %) du poids perdu au cours de l'année suivant l'arrêt (A).
- Dans ce contexte, le GT recommande de maintenir le traitement sur le long terme, avec une réévaluation régulière du traitement, à la dose ayant permis d'atteindre le plateau (jusqu'à l'obtention de nouvelles données de la littérature) (AE).
- Le patient doit être informé dès la mise en place du TMO que ce traitement doit être envisagé sur le long cours (AE).
- Sauf dans certaines situations cliniques spécifiques, qui doivent être discutées en équipe, le GT recommande de ne pas faire des prescriptions pour une durée temporaire (AE).

Messages-clés

Les molécules sont efficaces sur le poids, mais pas que.

Il convient d'évaluer l'indication au traitement.



La prescription doit être accompagnée de modifications thérapeutiques du mode de vie (diététique, activité physique, aspects psychologiques).

La surveillance doit être systématisée et doit comporter l'évaluation régulière : des effets indésirables, des risques de dénutrition et de carences, de la trajectoire pondérale.

QUESTIONS RÉPONSES

Bon usage du médicament
Fiches pratiques pour la personne concernée et ses soignants

- **accounting** → **PH**
- **facilities** → **PH**
- **insurance** → **IN**

➔ **PHARMACIEN**

- ET Tous ensemble :**
Communiquer et être partenaires !

Des fiches pratiques personnalisables :

- 1 par famille de médicament oral ou injectable (hors insuline)
- 1 fiche « Traiter et prévenir une hypoglycémie »
- 1 fiche « Récapitulatif de mon traitement »

Toutes construites selon le même modèle et sur une seule page, découvrez ces supports :

- cadres des connaissances pratiques essentielles
- vecteurs de sécurité
- facilitateurs de tolérance et d'observance du médicament

**Accès direct par téléchargement sur
le [site de Diabète Occitanie](#)**

Créées par Diabète Occitanie et finalisées en partenariat avec les URPS pharmaciens et médecins.



Liens et ressources

- ✓ Marques, A.R.F., Jaafar, J., Kalbermatten, B., Philippe, J. « Analogues du GLP-1 versus inhibiteurs du SGLT-2 pour les diabétiques de type 2 obèses », *Revue Médicale Suisse*, juin 2025 ([lien](#))
- ✓ « Prise de position nationale sur les traitements médicamenteux de l'obésité et leur accompagnement en pratique », Groupement national des Centres Spécialisés de l'Obésité ([lien](#))
- ✓ *Recommander les bonnes pratiques*, « Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^{ème} et 3^{ème} niveaux. Partie I : Prise en charge médicale », Haute Autorité de Santé (HAS), juin 2022 ([lien](#))
- ✓ « Remboursement des traitements médicamenteux de l'obésité », Groupement national des Centres Spécialisés de l'Obésité, juin 2026 ([lien](#))
- ✓ « Arrêté du 23 mai 2026 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics », Legifrance, mai 2026 ([lien](#))
- ✓ « Médicaments à base d'analogues du GLP-1 indiqués dans le contrôle du poids. Modalités de prescription, de prise en charge et de délivrance », Sante.gouv.fr, juin 2026 ([lien](#))



Prochain webinaire

« La douleur incomprise du diabétique – Évaluation et prise en charge de la douleur neuropathique »



1^{er} décembre 2026, de 14h à 15h



Destiné aux acteur.rices impliqué.es dans le parcours de soin des personnes vivant
avec un diabète

[Inscription](#)



Vous remercie de votre participation !



Suivez-nous sur :



diabeteoccitanie.org

